



Universidade do Minho  
Escola de Psicologia

Sara Machado Pavão Nunes

Caracterização do Abuso Sexual Infantil  
no Distrito de Évora



Universidade do Minho  
Escola de Psicologia

Sara Machado Pavão Nunes

## Caracterização do Abuso Sexual Infantil no Distrito de Évora

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia da Justiça

Trabalho efectuado sob a orientação da  
Professora Doutora Paula Cristina Martins

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ÍNDICE

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract .....	v
Introdução .....	1
Método .....	2
Participantes .....	2
Procedimentos de recolha de dados .....	3
Material .....	3
Análise dos dados .....	3
Resultados e Discussão .....	4
Perfil da vítima .....	4
Perfil do agressor .....	5
Dinâmicas abusivas .....	6
Impacto do abuso nas vítimas .....	9
Serviços envolvidos .....	12
Limitações e Conclusão .....	17
Referências .....	18

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Diferenças no Número de Sintomas Comportamentais em função da Idade do Primeiro/Único Episódio Abusivo .....	11
Tabela 2 - Diferenças na Duração do Acompanhamento em função da Idade do Primeiro/Único Episódio Abusivo .....	11

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Origem das sinalizações de abuso sexual efetuadas à equipa especializada no abuso sexual infantil.....	13
Gráfico 2 - Modalidades do acompanhamento efetuado pela equipa especializada no abuso sexual infantil .....	14
Gráfico 3 - Duração do acompanhamento efetuado pela equipa especializada no abuso sexual infantil, em meses .....	15

## AGRADECIMENTOS

Aos meus primeiros professores, os meus pais, pelo apoio incondicional que sempre depositaram em mim, sendo o principal motor para a concretização dos meus sonhos.

Aos homens da minha vida, Nuno, Miguel, Luís Miguel, Daniel e Henrique, que garantiram sorrisos nas alturas de maior frustração.

Às minhas duas estrelinhas que, no céu e na terra, me ensinaram a apreciar a vida independentemente das contrariedades.

À professora doutora Paula Cristina Martins, pelo apoio despendido nesta minha jornada. E a todos os professores que possibilitaram, cada um à sua maneira, o meu desenvolvimento não só profissional, como pessoal.

À associação Chão dos Meninos e, em particular, a toda a equipa Quebrar do Silêncio, pelo apoio e disponibilidade com que me presentearam. Pelo desenvolvimento pessoal, teórico e prático que me proporcionaram. Pela compreensão e palavras solidárias. Por todo o esforço, sem o qual a presente investigação não seria possível. E pelo empenho prestado aos mais vulneráveis, contribuindo, um passo de cada vez, para o restabelecimento do bem-estar comunitário.

A todos a minha mais profunda e sincera gratidão!

## **CARACTERIZAÇÃO DO ABUSO SEXUAL INFANTIL NO DISTRITO DE ÉVORA**

### **RESUMO**

O abuso sexual infantil é um problema grave de saúde pública. Apesar dos menores virem a beneficiar cada vez mais de medidas especiais de proteção e da sociedade estar mais capacitada para a importância da preservação do seu bem-estar, dada a etapa de extrema vulnerabilidade e desenvolvimento em que se encontram, persistem muitos menores vítimas desta forma de abuso. É essencial a promoção de medidas eficazes de prevenção e remediação junto deste público. Tendo em conta que uma intervenção será tanto mais eficaz quando baseada em conhecimentos científicos fundamentados e aplicados ao público a que se destina, a presente investigação tem como objetivo aumentar este conhecimento, ao fazer uma caracterização do abuso sexual infantil no distrito de Évora.

**Palavras-chave:** abuso sexual infantil; caracterização; impacto; serviços envolvidos.

## **CHARACTERIZATION OF CHILD SEXUAL ABUSE IN THE DISTRICT OF ÉVORA**

### **ABSTRACT**

Child abuse is a serious public health problem. Even though children increasingly benefit from special protection measures and society is better prepared to the importance of assuring childhood well-being, there are still many children who, in the context of their development and extreme vulnerability, become victims of this kind of abuse. Thus, it is essential to promote efficient prevention and remediation strategies. Taking into account, that an intervention will only be as effective as its evidence-based strength and its adequacy to the target population, this study aims at increasing knowledge on this issue by characterizing childhood sexual abuse in the district of Évora.

**Keywords:** childhood sexual abuse; characterization; impact; services involved.

## INTRODUÇÃO

Os maus tratos infantis sempre existiram, incluindo os abusos sexuais (e.g., Borges & Dell’Aglio, 2008; Fazenda, 2010; Lucânia, Valério, Barison & Miyazaki, 2009). Porém, apenas nos últimos anos vêm sendo reconhecidos como um dos problemas mais graves de saúde pública, sendo alvo de estudos de forma mais intensiva (e.g., Inoue & Ristum, 2008; Martins & Jorge, 2010; Santos & Dell’Aglio, 2008). Atualmente, os menores, dada a decrescida capacidade de exercerem os seus direitos, beneficiam de proteção especial, de forma a garantir o desenvolvimento saudável da sua personalidade (Cardin, Mochi & Bannach, 2011). No entanto, o número de menores envolvidos em atividades sexuais com adultos mantem-se significativo (Froner & Ramires, 2008).

Apesar de ser muito difícil obter dados precisos sobre a prevalência do abuso sexual (Allnock & Barns, 2011; Bebbington et al., 2011), no que concerne à população portuguesa, Martins (2012), bem como Mateus (2012), com amostras de 200 participantes cada, concluíram que a taxa de prevalência do abuso sexual infantil é de 15.5% e 14.5% respectivamente, um resultado semelhante aos obtidos em estudos internacionais. Conforme o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) de 2012, foram instaurados 693 processos por abuso sexual, o que equivale a 2.37% dos processos instaurados neste ano.

Não há uma definição única de abuso sexual infantil, este engloba todas as condutas praticadas por um agente num estágio de desenvolvimento sexual superior, ou com uma relação de poder, com o intuito de estimular o menor sexualmente ou utilizá-lo para alcançar gratificação sexual (e.g., Bebbington et al., 2011; Habigzang, Corte, Hatzenberger, Stroher & Koller, 2008; Habigzang, Koller et al., 2008; Walker, Hernandez & Davey, 2012).

Esta forma de abuso abrange desde palavras (e.g., comentários, elogios com conteúdo sexual, assédio) ou outros atos sem contato físico (e.g., exibicionismo, voyerismo) até à penetração (e.g., digital, com objetos, coito), passando por outros atos com contacto físico, como carícias, beijos e masturbação (e.g., Bebbington et al., 2011; Borges & Dell’Aglio, 2008; Cardin et al., 2011; Lucânia et al., 2009). Engloba ainda a exploração sexual, com o intuito de obtenção de lucro, como a pornografia e a prostituição (Habigzang, Koller et al., 2008; Walker et al., 2012). Independentemente do meio pelo qual estes atos são impostos, seja através de violência física, ameaças ou simplesmente pela indução de vontade, as vítimas não os compreendem na sua totalidade e não estão aptas para concordarem (Habigzang, Koller et al., 2008; Santos & Dell’Aglio, 2008).



O abuso sexual infantil é um fenómeno complexo, que pode ser compreendido através de diferentes perspetivas (e.g., Bebbington et al., 2011; Furniss, 1993; Talbot et al., 2009). A sua complexidade e repercussões são exacerbadas se for tida em consideração que existe uma característica recorrente nos agressores, muitos foram vítimas de abuso sexual na infância (Borges & Dell’Aglia, 2008; Dias, 2007; Froner & Ramires, 2008).

Tendo em conta os altos índices de incidência, as suas consequências e a sua tendência para a transgeracionalidade torna-se urgente a intervenção nesta problemática. Não obstante, pouco se tem avançado na prática, talvez devido à complexidade do problema (Bebbington et al., 2011; Habigzang, Corte et al., 2008; Lucânia et al., 2009; Talbot et al., 2009). Deste modo, a presente investigação pretende aumentar a compreensão desta problemática, com a finalidade última de contribuir para o desenvolvimento de intervenções clínicas e preventivas, tendo em conta que qualquer intervenção exige um conhecimento técnico rigoroso, fundamentado por um conhecimento científico atualizado e ajustado ao meio onde se insere.

## **MÉTODO**

O presente estudo consiste numa investigação descritiva e correlacional com design intersujeitos, uma vez que pretende descrever o abuso sexual infantil no distrito de Évora, associando diferentes variáveis e comparando sujeitos. No que concerne à sua metodologia, esta é quantitativa laboratorial de índole transversal.

### **Participantes**

A população-alvo prende-se a crianças e jovens vítimas de abuso sexual no distrito de Évora. Foi constituída uma amostra intencional composta por 91 menores vítimas diretas de abuso sexual, acompanhados por uma equipa especializada na problemática do abuso sexual infantil, que intervém ao nível da avaliação, acompanhamento das vítimas, familiares e agressores, bem como ao nível da prevenção e formação, entre outros, inserida numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que acolhe e atende menores em situação de risco, e respetivas famílias, no distrito de Évora.

Foram selecionados os sujeitos cuja intervenção foi finalizada nos anos 2009 (21.1%), 2010 (35.2%), 2011 (20.9%) e 2012 (20.9%), sendo a média do ano de finalização de 2010.4 ( $DP = 1.063$ ). A escolha dos anos deve-se às limitações mnésicas inerentes ao ser humano, uma vez que foram recolhidos dados através dos intervenientes nos processos de acompanhamento.

A idade média da amostra, aquando da finalização da intervenção, é de 12 anos ( $DP = 3.892$ ), variando entre os 4 e os 19 anos. Todos os participantes residiam no distrito de Évora, nos municípios de Alandroal (3.3%), Arraiolos (2.2%), Borba (5.5%), Estremoz (4.4%), Évora (41.8%), Montemor-o-Novo (3.3%), Mora (4.4%), Mourão (6.6%), Portel (5.5%), Reguengos de Monsaraz (5.5%), Redondo (5.5%), Vendas Novas (5.5%), Viana do Alentejo (1.1%) e Vila Viçosa (5.5%;  $Mo^3 = 5$ ).

### **Procedimentos de recolha dos dados**

No que concerne à recolha de dados, os procedimentos foram previamente submetidos e aprovados pela comissão de ética da instituição. Os dados foram recolhidos através de três fontes distintas. Inicialmente foram obtidos através da base de dados da equipa especializada no abuso sexual infantil supramencionada. Posteriormente, como forma de colmatar a informação em falta, foram consultados os processos referentes a cada participante e entrevistados os intervenientes nos processos de acompanhamento, isto é, os técnicos que constituem a equipa.

### **Material**

Foi construído um documento de registo da informação, com tópicos concernentes à vítima (sexo, residência, nível socioeconómico, outras formas de abuso, outras situações de abuso sexual); ao agressor (idade, sexo, ocupação, situação conjugal); às dinâmicas abusivas (contexto, grau de parentesco/proximidade do agressor, tipo de abuso, coocorrência de outra forma de abuso, reiterado, escalada, idade do primeiro/único episódio abusivo, idade aquando da revelação/sinalização, perceção de abuso por parte da vítima, apoio familiar, admissão dos factos e da responsabilidade por parte do agressor); impacto do abuso nas vítimas (sintomas físicos e comportamentais de externalização, internalização e de conduta sexual); e aos serviços envolvidos (ano de finalização da intervenção, idade aquando da finalização da intervenção, intervenção em crise, origem da sinalização, tipo e duração do acompanhamento/intervenção, acompanhamento do agressor e da família, queixa-crime, evidências físicas).

### **Análise dos dados**

Os dados foram sujeitos a tratamento estatístico com recurso ao software aplicativo IBM® SPSS®. Nesta análise recorreu-se à estatística descritiva e inferencial, nomeadamente a testes de associação e de diferenças em contexto de design intersujeitos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Perfil da vítima

Tal como a literatura tem afirmado consistentemente (e.g., Bebbington et al., 2011; Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005; Martins & Jorge, 2010), também nesta amostra, a globalidade das vítimas de abuso sexual infantil (71.4%) é do sexo feminino ( $Mo^3 = 1$ ). Não obstante, fatores responsáveis pelas não denúncias, como a vergonha, a destruição de identidade e o estereótipo de masculinidade, são exacerbados nos rapazes (Almeida, Penso & Costa, 2009; Cardin et al., 2011; Fazenda, 2010; Furniss, 1993).

No que concerne à idade de início do abuso, a média situa-se nos 9.2 anos ( $DP = 3.91$ ), variando entre os 2 e os 16 anos, uma amplitude superior ao referido pela literatura. Porém, foram constatadas variações quando comparados diferentes estudos, sendo difícil definir uma média representativa da idade de início desta forma de abuso (e.g., Borges & Dell’Aglío, 2008; Fazenda, 2010; Martins & Jorge, 2010; Martins, 2012). A seleção destas vítimas pelo agressor não é aleatória. Os menores são particularmente vulneráveis, dado o seu limitado desenvolvimento físico, psicológico e sexual. Quanto menor a idade, menor a probabilidade da vítima se proteger e solicitar ajuda, ou mesmo de perceber que está a ser alvo de violência (Borges & Dell’Aglío, 2008).

No entanto, a idade tende a variar consoante o contexto em que ocorreu o abuso (Machado, 2002). De facto, foram encontradas diferenças significativas entre as vítimas de abuso sexual intrafamiliar e as vítimas de abuso extrafamiliar,  $t(54) = -3.94$ ,  $p < .001$ . As primeiras foram abusadas pela primeira vez com uma idade mais precoce, numa média de 7.67 anos, do que as segundas, cuja média de idades é 11.39. Não obstante, a análise exploratória dos dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Assim, recorreu-se à estratégia sugerida por Fife-Schaw (2006), sendo efetuado o teste não paramétrico equivalente. Uma vez que os resultados se demonstraram igualmente significativos,  $U = 166.00$ ,  $p < .001$ , foram relatados os resultados concernentes ao teste paramétrico.

Outra característica frequentemente associada à ocorrência do abuso sexual consiste no baixo rendimento familiar (Almeida et al., 2009; Cardin et al., 2011; Machado, 2002; Walker et al., 2012). O que foi verificado na maioria (79.1%) da amostra ( $Mdn = 1$ ,  $IQQ = 0$ ). Não obstante, este é um fenómeno transversal (Aded, Dalcin, Moraes & Cavalcanti, 2006; Bebbington et al., 2011; Lucânia et al., 2009; Santos & Dell’Aglío, 2008). 17.4% dos participantes pertencem a um nível socioeconómico médio e os restantes (3.5%) a um nível

alto. Contudo, os meios desfavorecidos são o extrato social mais controlado, havendo uma taxa de denúncia maior (Fazenda, 2010; Habigzang et al., 2005).

Outra característica familiar comumente apontada como fator de risco, particularmente no abuso sexual intrafamiliar, consiste na presença de outras formas de violência intrafamiliar (Borges & Dell’Aglia, 2008; Habigzang, Corte et al., 2008; Habigzang et al., 2005), que se demonstraram presentes na maioria (62.2%) dos contextos familiares dos inquiridos ( $Mo^3 = 1$ ). As formas de abuso consistiram em negligência (22.2%), abuso psicológico/emocional (7.8%) e abuso físico (1.1%). Os restantes eram vítimas de mais do que uma forma de abuso: negligência e abuso psicológico/emocional (14.4%), negligência e abuso físico (3.3%), abuso psicológico/emocional e físico (4.4%), negligência, abuso psicológico/emocional e físico (7.8%) e negligência, abuso psicológico/emocional e físico, e abandono (1.1%).

Já no que concerne à ocorrência prévia de outras situações de abuso sexual, embora a maioria dos participantes (61.4%) tenha sido vítima desta forma de abuso pela primeira vez ( $Mo^3 = 1$ ), uma percentagem notável (38.6%) já tinha sido vitimizada em momentos anteriores. Estas vítimas apresentam uma vulnerabilidade exacerbada devido às alterações comportamentais, particularmente as de conduta sexual, que podem decorrer do abuso sexual (e.g., Bebbington et al., 2011; Froner & Ramires, 2008; Lowenstein, 2011), enaltecendo a importância de uma intervenção neste sentido.

### **Perfil do agressor**

Os agressores são maioritariamente (79.1%) adultos ( $Mdn = 3$ ,  $IQQ = 0$ ), o que vai ao encontro do referido por diversos autores (e.g., Cardin et al., 2011; Habigzang et al., 2005). Entre os ofensores menores, 17.6% encontravam-se na adolescência e 3.3% eram crianças com idade inferior a 12 anos.

Relativamente ao sexo, apesar de existirem algumas agressoras no feminino (5.5%), estes são quase na sua totalidade (94.5%) do sexo masculino ( $Mo^3 = 2$ ), o que se encontra em consonância com o que vem sendo referido na literatura (e.g., Fazenda, 2010; Martins & Jorge, 2010). Este resultado pode ser justificado pelos papéis sociais e culturais que envolvem a desigualdade e a dominação de género (Habigzang et al., 2005). No entanto, à semelhança do que acontece com as vítimas do sexo masculino, em que pode ocorrer uma subdenúncia, as crenças sociais e culturais associadas ao instinto protetor da mulher tornam as denúncias contra estas menos credíveis (Cardin et al., 2011).

No que concerne à ocupação destes agressores, os resultados não se encontram em consonância com o que tem sido referido na literatura, que aponta para o desemprego como

um fator de risco para qualquer tipo de violência intrafamiliar. No caso do abuso sexual, este risco é exacerbado quando esta situação de desemprego confere ao ofensor a função de principal cuidador da criança (Borges & Dell’Aglío, 2008; Habigzang et al., 2005). Porém, na presente investigação, a maioria dos agressores (42.3%) encontrava-se empregado ( $Mo^3 = 2$ ). Os restantes dividiram-se entre estudantes (21.8%), desempregados (19.2%) e reformados/pensionistas (16.7%). Relativamente à sua situação conjugal, a maioria (53.7%) encontrava-se casado ou em união de facto ( $Mo^3 = 2$ ). 31.7% encontravam-se solteiros, 11% divorciados e 3.7% viúvos.

### **Dinâmicas abusivas**

No que diz respeito ao contexto do abuso é consensual na comunidade científica que este ocorre maioritariamente dentro de casa, em contexto intrafamiliar (e.g., Dias, 2007; Fazenda, 2010; Martins & Jorge, 2010; Mateus, 2012; Santos, Costa & Granjeiro, 2009). O abuso sexual infantil é considerado intrafamiliar quando envolve um adulto ligado por laços de parentesco, afinidade ou alguém responsável pelo menor, independentemente dos laços de consanguinidade (e.g., Azevedo & Guerra, 2000; Habigzang, Corte et al., 2008; Lucânia et al., 2009; Santos & Dell’Aglío, 2008). Tal foi corroborado pela presente investigação. A superioridade dos abusos (69.2%) ocorreu em contexto intrafamiliar ( $Mo^3 = 1$ ), sendo esta uma das modalidades de violência doméstica mais graves, uma vez que dela decorrem danos permanentes na personalidade e identidade sexual da vítima (Cardin et al., 2011). Os restantes (30.8%) ocorreram em contexto extrafamiliar, sendo que 1.1% destes ocorreram em contexto institucional.

Independentemente do contexto em que ocorreram os abusos, a generalidade (97.8%) foi perpetrada por pessoas próximas das vítimas ( $Mo^3 = 2$ ), o que se encontra em concordância com outros estudos (Borges & Dell’Aglío, 2008; Martins & Jorge, 2010; Mateus, 2012). Destes, quem se demonstrou o agressor mais frequente foi o pai (26.4%), seguido do padrasto (18.7%;  $Mo^3 = 3$ ). De facto, diversos estudos têm constatado que a maioria dos abusos ocorre dentro da própria casa da vítima, por alguém que exerce a função de cuidador, independentemente da existência de laços de consanguinidade (Dias, 2007; Habigzang et al., 2005; Kristensen & Lau, 2011; Lucânia et al., 2009; Santos et al., 2009). Também amigos da família ou vizinhos são considerados agressores comuns (Aded et al., 2006), sendo que representam 15.4% dos agressores em estudo. Os restantes dividiram-se entre tio (6.6%), colega de escola (6.6%), irmão (6.6%), amigo ou namorado (6.6%), avô (3.3%), mãe (3.3%), primo (2.2%), tia (2.2%), e colega da instituição (1.1%).

A maioria destes abusos (76.7%) consistiu em contato físico ( $Mo^3 = 1$ ), o que vai ao encontro da literatura (Habigzang et al., 2005), seguido de interações em que não ocorreu contacto físico (16.7%). Os restantes dividiram-se entre a exposição (4.4%) e a exploração (2.2%).

Relativamente à sua duração, os resultados demonstram que a maioria (71.8%) foi vitimada de forma repetida ( $Mo^3 = 2$ ). Isto acontece especialmente quando o abuso decorre em contexto intrafamiliar (Froner & Ramires, 2008; Habigzang et al., 2005; Santos & Dell’Aglío, 2009). De facto, foi apurada uma associação significativa entre o contexto do abuso e o número de episódios abusivos,  $\chi^2(1) = 13.23, p = .000$ . Enquanto que no abuso intrafamiliar, a maioria (84.2%) foi vítima reiteradamente, no extrafamiliar a maioria dos abusos (53.6%) ocorreram apenas uma vez. Quando esta forma de abuso ocorre modo reiterado comumente desenvolve-se progressivamente, em escalada (Santos & Dell’Aglío, 2009). Isto aconteceu em 40.3% dos casos ( $Mo^3 = 2$ ). Se forem retirados os 28.2% dos participantes que foram vítimas de um episódio único, esta percentagem comporta a maioria.

O agressor recorre ao papel de cuidador e consequente confiança e afeto da criança para iniciar, de forma subtil, o abuso (Habigzang, Corte et al., 2008). Começa por estabelecer uma relação de confiança com a vítima, fazendo-a sentir-se importante e amada, e alinea-a da convivência com outros familiares. Posteriormente introduz contatos físicos aceitáveis e conversas sobre sexo. Num segundo estágio ocorrem as carícias nos órgãos genitais. Só depois de ganharem a confiança da vítima, progridem para atos mais invasivos como o coito (Borges & Dell’Aglío, 2008; Cardin et al., 2011; Habigzang, Corte et al., 2008).

Nos casos de abuso intrafamiliar o agressor dificilmente recorre à violência física, pois consegue manipular a criança por recurso ao medo (intimidação, chantagens) ou, por contrário, ao prazer (Cardin et al., 2011; Furniss, 1993; Habigzang, Koller et al., 2008; Lucânia et al., 2009), servindo-se da relação para obter a manutenção do segredo (Santos & Dell’Aglío, 2009). Assim sendo, como seria expetável, na maioria das situações em estudo (53%) não ocorreu outra forma de abuso como estratégia para incitar a vítima nestes comportamentos ( $Mo^3 = 1$ ), embora a esta forma de abuso esteja sempre inerente, mesmo que implicitamente, o abuso físico e emocional. Daqueles que foram paralelamente vítimas de outras formas explícitas de abuso por parte do ofensor, 36.1% foram vítimas de abuso emocional (e.g., chantagens), 9.6% de abuso emocional e físico e 1.2% de abuso físico.

Embora as crianças sejam as vítimas preferenciais destes agressores, a maioria das situações só é desvendada anos mais tarde, na adolescência ou mesmo na adultez (Crisma, Bascelli, Paci & Romito, 2004; Froner & Ramires, 2008; Habigzang et al., 2005). Na presente

amostra a idade média em que ocorreu a sinalização é de 10 anos ( $DP = 4.08$ ), variando entre os 2 e os 17 anos, um resultado muito semelhante ao aferido noutro estudo realizado em Portugal, cuja média consistia em 10.6 anos (Martins, 2012). Esta é uma idade que corresponde à infância, porém, aproxima-se da pré-adolescência, uma altura em que a capacidade de denúncia aparenta ser maior.

Diversos têm sido os motivos apontados para a ocorrência da não revelação. Tendo em conta o *modus operandi* dos agressores supramencionado, é habitual que a vítima perceciono o abuso como manifestações “normais” de afeto, sendo este um fator de manutenção do segredo (Crisma et al., 2004). Embora a maioria (71.1%) das vítimas tenha percecionado os atos praticados como abusivos, muitas vezes a criança não se apercebe imediatamente que está a ser vítima de abuso (Habigzang, Corte et al., 2008), o que ocorreu em 28.9% dos menores em estudo ( $Mo^3 = 2$ ).

Mesmo que tenham esta perceção, os menores têm dificuldade em se abrirem com familiares por receio de não serem acreditados, vergonha ou medo das consequências que poderão advir para a família. Por outro lado, o desconhecimento da existência de serviços destinados a esta problemática e a desconfiança em relação aos adultos dificultam a procura de um atendimento especializado (Crisma et al., 2004). Para além disso, é comum a criança tentar revelar o abuso, porém, por vezes de forma pouco explícita, o que resulta em que seja mal interpretada ou desacreditada, contribuindo desta forma para a “síndrome do segredo” (Furniss, 1993). É essencial que a vítima encontre um terceiro confiável, que a escute sem preconceitos e sem culpá-la. Muitas vezes a mãe não consegue cumprir com esta função, o que poderá desenvolver mais sequelas no menor (Cardin et al., 2011; Santos & Dell’Aglío, 2008).

Assim, no que concerne ao apoio recebido após a revelação, a maioria das vítimas (68.5%) recebeu este apoio por parte da família ( $Mo^3 = 2$ ). No entanto, uma percentagem considerável (31.5%) não recebeu tal amparo. Esta ausência de suporte é comum (e.g., Borges & Dell’Aglío, 2008; Cardin et al., 2011). A mãe da criança vítima de abuso sexual encontra-se tão envolvida como a própria vítima (Santos & Dell’Aglío, 2009). Esta é uma situação stressante e complexa para a progenitora, principalmente quando o ofensor é o companheiro (Dobke, Santos & Dell’Aglío, 2010). Fatores como dificuldades económicas, conflitos de lealdade e violência doméstica estão usualmente associados à falta de apoio por parte da mãe, principalmente quando não existem evidências físicas que corroborem a ocorrência do abuso (e.g., Cardin et al., 2011; Furniss, 1993; Santos & Dell’Aglío, 2008).

Nestes casos torna-se particularmente relevante a admissão do ocorrido por parte dos agressores. Contudo, a maioria destes (84.4%) não admitiu os factos alegados ( $Mo^3 = 1$ ), um comportamento comum entre os ofensores sexuais. Mesmo aqueles que o admitiram (15.6%), apenas 7.9% do total da amostra assumiu a responsabilidade pelos mesmos ( $Mo^3 = 3$ ), sendo comum imputarem-na na vítima, afirmando que esta os seduziu (Habigzang et al., 2005; Habigzang, Koller et al., 2008).

### **Impacto do abuso nas vítimas**

A psicopatologia mais associada ao abuso sexual é a desordem de stress pós-traumática (e.g., Habigzang, Corte et al., 2008; Lowenstein, 2011). Todavia, há que ter em consideração que o abuso é uma experiência e não uma desordem, não existindo uma síndrome clínica específica (Borges & Dell’Aglia, 2008). As crianças podem apresentar uma grande variedade de sintomas ou até se demonstrarem assintomáticas (Aded et al., 2006), o que ocorreu em 16.7% dos casos da amostra ( $Mo^3 = 1$ ). Na avaliação do impacto do abuso sexual foram considerados os sintomas, reunidos por Machado (2002), que têm sido referenciados como os mais frequentes, agrupados em sintomas físicos e comportamentais.

No que concerne aos sintomas físicos, apesar de serem menos frequentes do que os comportamentais, é consensual a sua ocorrência (Cardin et al., 2011). Efetivamente, a maioria dos participantes (79.8%) não experienciou sintomas físicos decorrentes do abuso ( $Mdn = 0$ ,  $IQQ = 0$ ). Contudo, 17.9% da amostra experienciaram um sintoma e os restantes dois (2.4%). Estes consistiram em lesões genitais (8.3%;  $Mo^3 = 1$ ), queixas somáticas novas (3.5%;  $Mo^3 = 1$ ), enurese/encoprese secundária (3.5%;  $Mo^3 = 1$ ), alterações de sono (2.4%;  $Mo^3 = 1$ ), mudança significativa na aparência (2.4%;  $Mo^3 = 1$ ), gravidez (1.2%;  $Mo^3 = 1$ ), e doença venérea (1.2%;  $Mo^3 = 1$ ).

Já no que respeita aos sintomas comportamentais, estes revelaram-se mais frequentes. A maioria dos participantes experienciou um (20%) ou dois (20%) sintomas ( $Mdn = 2$ ,  $IQQ = 2.25$ ). Dos restantes, 18.9% experienciaram três sintomas, 10% experienciaram quatro sintomas e 14.4% experienciaram entre cinco a doze sintomas. Estes sintomas comportamentais podem ser categorizados em sintomas de externalização, internalização ou de conduta sexual (e.g., Aded et al., 2006; Kristensen & Lau, 2011; Machado, 2002; Walker et al., 2012).

No que concerne aos sintomas comportamentais de externalização, a maioria (61.1%) não apresentou qualquer sintoma ( $Mdn = 0$ ,  $IQQ = 1$ ). Para aqueles que os experienciaram, a amostra encontra-se dividida entre um sintoma (17.8%), dois (13.3%), três (3.3%), quatro



(3.3%) e seis (1.1%). Estes consistiram em declínio no rendimento escolar (21.1%;  $Mo^3 = 1$ ), problemas de atenção (14.4%;  $Mo^3 = 1$ ), comportamento agressivo/disruptivo (12.2%;  $Mo^3 = 1$ ), fugas repetidas de casa ou da escola (10%;  $Mo^3 = 1$ ), mentira compulsiva (5.6%;  $Mo^3 = 1$ ), abuso de drogas ou álcool (5.6%;  $Mo^3 = 1$ ), e conduta anti-social (5.6%;  $Mo^3 = 1$ ).

Já os sintomas comportamentais de internalização demonstraram-se os mais frequentes (65.6%). A maioria, 27.8%, apresentou um sintoma, seguido de 24.4% que experienciaram dois sintomas e 13.4% que experienciaram entre três a cinco sintomas ( $Mdn = 1$ ,  $IQQ = 2$ ). O sintoma mais frequente foi a ansiedade ou medos (47.%;  $Mo^3 = 1$ ), seguido da depressão (26.7%;  $Mo^3 = 1$ ), evitamento social ou isolamento (22.2%;  $Mo^3 = 1$ ), perturbação de vinculação (17.8%;  $Mo^3 = 1$ ), comportamento regressivo (4.4%;  $Mo^3 = 1$ ), ideação suicida ou tentativas de suicídio (4.4%;  $Mo^3 = 1$ ), e automutilação (1.1%;  $Mo^3 = 1$ ).

Relativamente aos sintomas comportamentais de conduta sexual, não foi aferida a sua presença na maioria (60%) dos participantes ( $Mdn = 0$ ,  $IQQ = 1$ ). 26.7% desenvolveram um sintoma, 10% experienciaram dois e 3.3% três. Estes consistiram maioritariamente em comportamento sexual inadequado para a idade (33.3%;  $Mo^3 = 1$ ), seguido de linguagem sexual precoce (8.9%;  $Mo^3 = 1$ ), expressão sexualizada de afeto (6.7%;  $Mo^3 = 1$ ), elevado número de parceiros sexuais (3.3%;  $Mo^3 = 1$ ), medo ou vergonha quanto ao toque e à nudez (2.2%;  $Mo^3 = 1$ ), masturbação compulsiva (1.1%;  $Mo^3 = 1$ ), e prostituição (1.1%;  $Mo^3 = 1$ ).

Esta variação de sintomatologia pode ser parcialmente justificada pelas dinâmicas do abuso, pelas características da vítima ou pelos acontecimentos posteriores à situação abusiva. De modo que alguns fatores têm sido apontados como protetores ou de risco para o desenvolvimento de sintomatologia decorrente desta forma de abuso (Borges & Dell’Aglia, 2008). Considerando o número de sintomas comportamentais e a duração do acompanhamento posterior como indicadores do impacto do abuso, foram averiguados os efeitos de diferentes variáveis no mesmo. No entanto, é essencial salvaguardar que estes dois indicadores não significam necessariamente o desenvolvimento de sintomatologia decorrente do abuso.

Segundo Cardin et al. (2011), os mais novos tendem a apresentar mais sintomatologia e uma necessidade de intervenção maior, uma vez que a infância é um momento determinante na estruturação da personalidade e ulterior desenvolvimento cognitivo, social, moral, afetivo, emocional e da linguagem (Novaes, 2000). De facto, foram aferidas diferenças significativas entre as vítimas de idades diferentes ao nível da sintomatologia exibida,  $\chi^2 (3) = 10.50$ ,  $p < .05$  (ver tabela 1).

Tabela 1

*Diferenças no Número de Sintomas Comportamentais em função da Idade do Primeiro/Único Episódio Abusivo*

	1 a 4 anos (n = 8)	5 a 8 anos (n = 17)	9 a 12 anos (n = 17)	13 a 16 anos (n = 13)	
	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	$\chi^2$ (3)
Nº de sintomas comportamentais apresentados	15.44	29.79	24.97	37.35	10.50*

\* $p < .05$

Testes de Mann-Whitney com Correção de Bonferroni evidenciaram diferenças entre a faixa etária de 1 a 4 anos de idade e a dos 13 aos 16 anos,  $U = 9.00$ ,  $p = .001$ . Contudo, contrariamente ao esperado, os mais novos apresentaram menor sintomatologia que os mais velhos. Da mesma forma, foram encontradas diferenças significativas entre as idades das vítimas ao nível da duração do acompanhamento,  $\chi^2$  (3) = 13.48,  $p < .01$  (ver tabela 2).

Tabela 2

*Diferenças na Duração do Acompanhamento em função da Idade do Primeiro/Único Episódio Abusivo*

	1 a 4 anos (n = 8)	5 a 8 anos (n = 17)	9 a 12 anos (n = 17)	13 a 16 anos (n = 14)	
Variáveis	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	<i>Ordem Média</i>	$\chi^2$ (3)
Duração do acompanhamento	42.44	27.79	31.79	17.39	13.48**

\*\* $p < .01$

Testes de Mann-Whitney com Correção de Bonferroni evidenciaram diferenças entre a faixa etária dos 1 aos 4 anos de idade e a dos 13 aos 16 anos,  $U = 12.00$ ,  $p = .002$ , bem como entre a faixa etária de 9 a 12 anos e a dos 13 aos 16 anos,  $U = 52.00$ ,  $p = .007$ . No entanto, há semelhança do verificado relativamente à sintomatologia, a duração do acompanhamento demonstrou-se menor nos mais novos do que nos mais velhos.

Outros fatores têm-se demonstrado como influentes no desenvolvimento de sintomatologia. Segundo Bebbington et al. (2011), os rapazes tendem a apresentar menos sintomatologia e uma necessidade de intervenção menor. Contudo, não foram verificadas diferenças significativas ao nível da sintomatologia apresentada,  $U = 770.00$ ,  $p = .575$ , nem ao nível da duração do acompanhamento,  $U = 638.00$ ,  $p = .063$ .

A sintomatologia decorrente do abuso sexual é exacerbada quando o abuso ocorre em contexto intrafamiliar, dada a quebra de confiança subjacente, que comporta um maior impacto cognitivo-comportamental, quer para a criança, como para todos os envolvidos (e.g., Cardin et al., 2011; Froner & Ramires, 2008; Lowenstein, 2011). Porém, no que concerne à presente amostra, não foram verificadas diferenças significativas entre vítimas de abuso intrafamiliar e extrafamiliar ao nível da sintomatologia apresentada,  $U = 720.00$ ,  $p = .191$ , nem ao nível da duração do acompanhamento,  $U = 734.00$ ,  $p = .152$ .

Do mesmo modo que, contrariamente ao que tem sido referido (e.g., Bebbington et al., 2011; Borges & Dell’Aglío, 2008), não existem diferenças significativas entre vítimas de abuso sexual de forma reiterada e vítimas de um único episódio abusivo ao nível da sintomatologia apresentada,  $U = 600.50$ ,  $p = .304$ , e ao nível da duração do acompanhamento,  $U = 572.50$ ,  $p = .112$ .

Apesar de a negação do ocorrido por parte do ofensor concorrer igualmente para o desenvolvimento de sequelas psicológicas na vítima (Habigzang et al., 2005), também não foram constatadas diferenças significativas entre vítimas cujos agressores assumiram os factos e os que não o fizeram ao nível da sintomatologia apresentada,  $U = 448.00$ ,  $p = .379$ , e ao nível da duração do acompanhamento,  $U = 529.50$ ,  $p = .977$ .

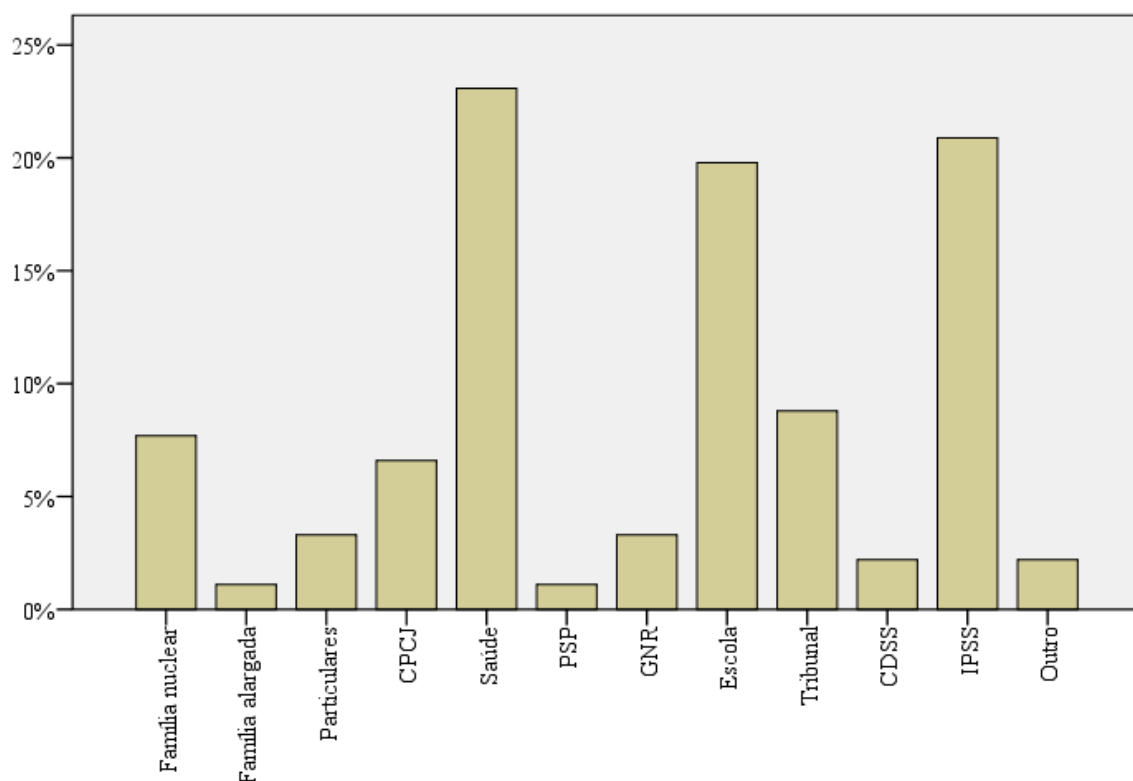
O fator que demonstrou ter impacto no desenvolvimento de sintomatologia foi o suporte familiar recebido, referido como um dos melhores preditores de adaptação à situação abusiva (e.g., Bebbington et al., 2011; Froner & Ramires, 2008; Santos & Dell’Aglío, 2009). As vítimas que não receberam apoio por parte da família apresentaram mais sintomas do que as que o receberam,  $U = 604.50$ ,  $p = .025$ . Não obstante, no que concerne à duração do acompanhamento não foram verificadas diferenças significativas,  $U = 796.00$ ,  $p = .601$ .

### **Serviços envolvidos**

O momento da revelação pode exigir uma intervenção em crise, com ações rápidas e definidas (Cardin et al., 2011; Furniss, 1993), como aconteceu em 22% dos casos em estudo ( $Mo^3 = 1$ ). É no momento da revelação que podem ocorrer as consequências mais graves por as vítimas se sentirem expostas, desprotegidas e com sentimentos de culpa relativamente às consequências para o agressor e família. Um atendimento inadequado pode traduzir-se em danos irreparáveis para o menor (Cardin et al., 2011; Martins & Jorge, 2010).

Apesar de existirem equipas especializadas para lidarem com esta problemática, na maioria das situações o primeiro contato ocorre com outra instituição. Como é possível

constatar, através do gráfico 1, a sinalização é usualmente efetuada pelos serviços de saúde (23.1%) e por outras IPSS (20.9%;  $Mo^3 = 5$ ).



*Gráfico 1.* Origem das sinalizações de abuso sexual efetuadas à equipa especializada no abuso sexual infantil. CPCJ = Comissão de Proteção de Crianças e Jovens; PSP = Polícia de Segurança Pública; GNR = Guarda Nacional Republicana; CDSS = Centro Distrital de Segurança Social; IPSS = Instituição Particular de Solidiedade Social.

Também as escolas têm um papel muito importante nesta forma de abuso, dada a sua proximidade com as vítimas, como foi aqui comprovado, uma que vez que a escola foi apontada como a terceira origem da sinalização mais frequente (19.8%). O Relatório Anual de Avaliação da Atividade das CPCJ de 2012 refere os estabelecimentos de ensino como a entidade que comunicou um maior número de situações de risco/perigo às Comissões.

Assim, independentemente da área do profissional que efetua o primeiro contato com o menor, este deve ser alvo de formação, de modo a prevenir eventuais sequelas nas vítimas (e.g., Bebbington et al., 2011; Cardin et al., 2011; Fazenda, 2010; Martins & Jorge, 2010). No entanto, esta intervenção junto das vítimas por diferentes profissionais não se cinge ao momento da revelação. Tendo em conta a complexidade deste crime, e a diversidade de áreas de atuação envolvidas, é essencial facilitar a articulação entre os diferentes serviços, numa

rede pautada por uma boa comunicação, facilitando o trabalho efetuado junto da criança e tornando-o mais fluido (Fazenda, 2010; Froner & Ramires, 2008).

Consequentemente, o acompanhamento deste público exige, por parte das equipas especializadas, uma intervenção diversificada (Cunninghan, 2009). É essencial uma intervenção multidimensional, pelo que este deve ser efetuado por meio de uma equipa multidisciplinar, com planos de atuação específicos (Froner & Ramires, 2008), particularmente quando o abuso ocorre em contexto intrafamiliar (Santos et al., 2009). Na maioria (30.3%) das situações a intervenção consistiu num acompanhamento psicossocioterapêutico ( $Mo^3 = 6$ ). No entanto, existe a necessidade de diferentes modalidades de intervenção (ver gráfico 2). Sendo assim, um serviço de apoio que reúna e ofereça, num mesmo espaço físico, orientação, acolhimento, avaliação e tratamento clínico às vítimas e seus familiares pode ser essencial na redução dos danos (Cunninghan, 2009).

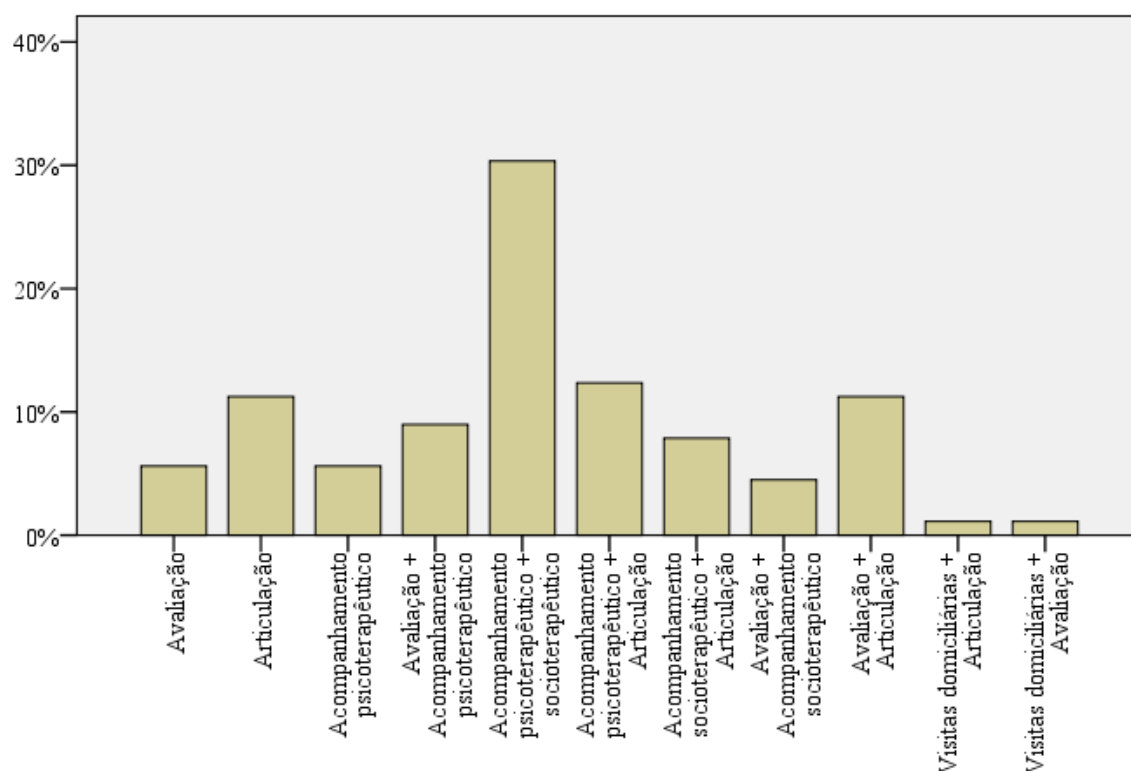


Gráfico 2. Modalidades do acompanhamento efetuado pela equipa especializada no abuso sexual infantil.

Conquanto, a vítima não deve ser o único alvo deste acompanhamento. O agressor deve ser sujeito a tratamento psicológico/psiquiátrico de modo a prevenir a sucessão de mais abusos (Cardin et al., 2011). No entanto, tal não foi observado na maioria dos casos (87.8%) acompanhados ( $Mo^3 = 1$ ). Do mesmo modo, a família também deve ser foco de atenção, o que

ocorreu na maioria (74.2%) dos acompanhamentos em análise ( $Mo^3 = 2$ ). Os progenitores não ofensores desempenham um papel importante no ajustamento dos filhos após o abuso (Lucânia et al., 2009), sendo essencial instruí-los sobre como agir e lidar com o filho (Cardin et al., 2011). Ainda assim, toda a família deve ser submetida ao acompanhamento, principalmente quando o abuso ocorre em contexto intrafamiliar, possibilitando, não só a compreensão do abuso, como a prevenção deste padrão de violência em gerações futuras (Cardin et al., 2011; Habigzang et al., 2005; Santos et al., 2009). Adicionalmente, estas famílias, na sua globalidade, são caracterizadas por alguns fatores de risco que devem ser igualmente adereçados (Habigzang et al., 2005).

No que concerne à duração deste acompanhamento, uma vez que muitas vezes o impacto do abuso só se manifesta a longo prazo e que a intervenção não se deve cingir apenas às sequelas diretas da situação abusiva, o acompanhamento deve ser de longa duração (Habigzang et al., 2005; Santos & Dell'Aglio, 2008). Na maioria dos casos (31.9%) a intervenção foi breve, durando entre um a seis meses ( $Mdn = 3$ ,  $IQQ = 3$ ). No entanto, se for considerada a duração em anos, a maioria das intervenções (51.7%) decorreu por mais do que um ano (ver gráfico 3).

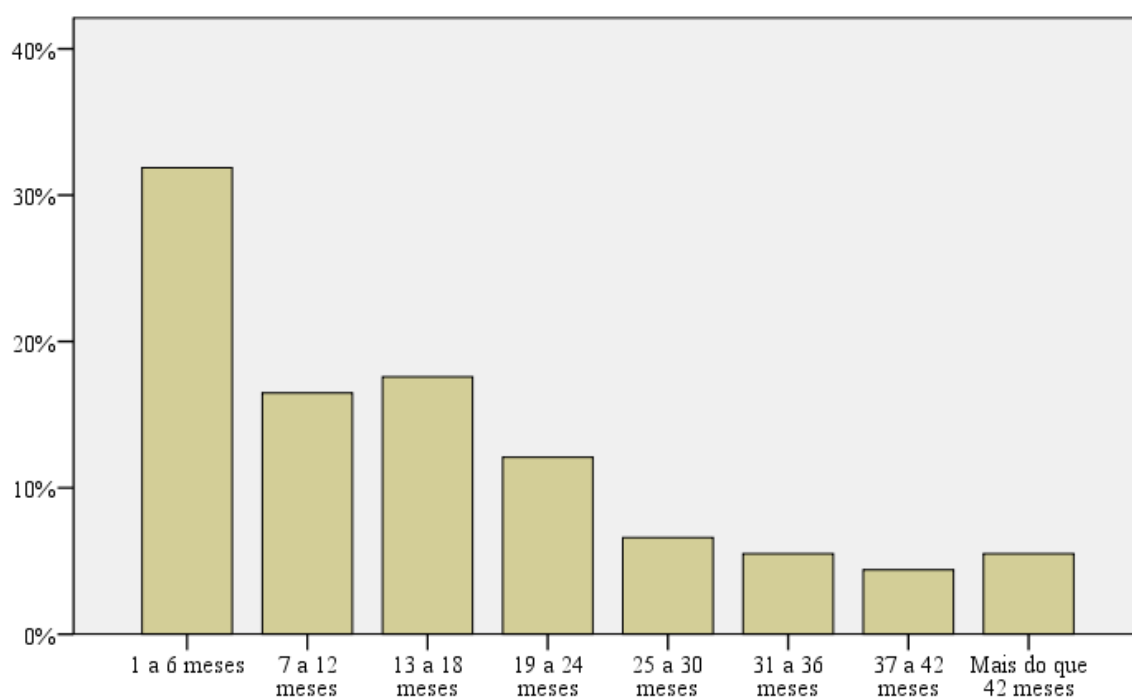


Gráfico 3. Duração do acompanhamento efetuado pela equipa especializada no abuso sexual infantil, em meses.

No que diz respeito à intervenção judiciária, o facto de este ato ser considerado um crime público até aos 14 anos de idade deixa transparecer a gravidade da ofensa, de modo que a legislação prevê a imediata abertura do processo a partir do momento em que é efetuada uma denúncia (Santos et al., 2009). Mas para tal, é essencial que esta denúncia seja realizada.

A maioria dos casos resultou em queixa-crime (58.2%), uma parcela bastante superior aos 10% a 15% que têm sido referenciados pela literatura (Dias, 2007; Lucânia et al., 2009). Destes, a maioria (37.4%) foi efetuada pela equipa especializada no abuso sexual infantil ( $Mo^3 = 3$ ). Num estudo realizado por Habigzang et al. (2005), a superioridade dos casos foram denunciados pelas mães das vítimas e por elas próprias. Porém, na presente amostra, apenas 1.1% das denúncias foram realizadas pela própria vítima e 16.5% por familiares, sendo as restantes efetuadas por outros serviços (5.5%).

A justiça possui grande participação na reabilitação da vítima, conferindo à violência o significado de crime e decretando a sua cessação, restabelecendo a proteção da vítima (Santos et al., 2009). No entanto, 39.6%, uma percentagem considerável de participantes, não efetuou queixa-crime. Alguns autores sugerem que isto ocorre por receio de represálias ou do estigma social, ou porque as vítimas temem que a justiça complique a situação familiar (Aded et al., 2006; Dobke et al., 2010). Apesar do objetivo do sistema de justiça ser alcançar a justiça social e garantir o direito dos cidadãos, o próprio processo inerente à justiça pode ser causador de maior ansiedade (Froner & Ramires, 2008). Os procedimentos realizados quando o processo entra na justiça, como o exame médico-legal, a prestação de depoimento, bem como a morosidade frequentemente associada ao mesmo (Froner & Ramires, 2008; Stanley, 2011), traduzem-se num contato constante com a problemática, impedindo as vítimas de prosseguirem com a sua vida, incorrendo numa revitimização secundária (Dobke et al., 2010). Portanto, o trauma do abuso tem consequências que vão além das causadas pela situação em si (Bebbington et al., 2011; Habigzang, Corte et al., 2008), salientando-se a necessidade de capacitação, treino técnico e preparação emocional desses profissionais, de modo a garantir intervenções adequadas.

As dificuldades associadas a este processo exacerbam-se quando não é possível obter evidências físicas da sua ocorrência, uma situação frequente (Cardin et al., 2011; Furniss, 1993; Habigzang, Koller et al., 2008), como foi constatado na presente amostra (55.7%), o que contribui para a “síndrome do segredo” (Furniss, 1993). Muitas vezes esta ausência deve-se ao tempo decorrido entre o abuso e a revelação e consequente exame pericial. Porém, por vezes, a própria forma de abuso não deixa evidências físicas (Aded et al., 2006; Habigzang, Koller et al., 2008), como ocorreu em 38.6% dos casos ( $Mo^3 = 1$ ).

Perante esta ausência de evidências, geralmente, o depoimento da criança é a única prova existente (e.g., Cardin et al., 2011; Froner & Ramires, 2008; Habigzang, Koller et al., 2008). As consequências de um mau diagnóstico podem ser extremamente danosas para vítima ou para o alegado ofensor (Lowenstein, 2011). São raros os casos em que a criança não diz a verdade (Bebbington et al., 2011; Habigzang, Corte et al., 2008). Contudo, existe sempre a possibilidade de se incorrer numa falsa acusação resultante, por exemplo, de um caso de alienação parental (Cardin et al., 2011; Froner & Ramires, 2008).

Assim, um diagnóstico acurado deste tipo de violência é essencial, mas complexo. É necessário muito conhecimento sobre as dinâmicas subjacentes ao abuso sexual associado a uma postura ética, dadas as possibilidades de se incorrer numa revitimização da vítima (Habigzang, Koller et al., 2008; Lowenstein, 2011).

### **LIMITAÇÕES E CONCLUSÃO**

Na presente investigação, as vítimas demonstram ser maioritariamente do sexo feminino. A média de idades de início do abuso situa-se à volta dos 9 anos, variando em função do contexto do abuso. Estes menores pertencem, na generalidade, a famílias com um nível socioeconómico baixo, marcadas por outras formas de violência. No que concerne aos agressores, estes são, na superioridade dos casos, adultos, do sexo masculino.

Relativamente às dinâmicas abusivas, a maioria dos abusos ocorreram em contexto intrafamiliar, sendo os pais e padrastos os principais agressores. Os abusos implicaram, maioritariamente, contato físico e ocorreram de forma reiterada, desenvolvendo-se progressivamente.

Ainda que a superioridade das vítimas tenha recebido apoio da família, uma percentagem considerável não recebeu este tipo de suporte. O apoio familiar demonstrou-se muito relevante no desenvolvimento de sintomatologia decorrente do abuso. Esta sintomatologia consistiu em sintomas físicos e comportamentais. Embora ambas estivessem presentes, a mais comum foi a sintomatologia comportamental, particularmente a de internalização. As alterações comportamentais de conduta sexual apresentaram-se igualmente importantes, uma vez que conferem à vítima maior vulnerabilidade para a revitimação, como aconteceu numa parcela considerável da amostra.

No que diz respeito aos serviços envolvidos constata-se que o tipo de acompanhamento mais comum consistiu na intervenção sociopsicoterapêutica, direcionada não só às vítimas diretas, como aos respetivos familiares. O abuso sexual infantil exige uma intervenção multidimensional, idealmente efetuada por uma equipa multidisciplinar, com



planos de ação específicos. Mas acima de tudo, este crime tem de ser denunciado, o que ocorreu na maioria das vezes. Porém, as sequelas do abuso não se cingem simplesmente à situação abusiva, pelo que é essencial uma intervenção que tenha em consideração a prevenção da vitimização secundária. Importa acrescentar que, na superioridade dos casos não estavam presentes evidências físicas, pelo que o depoimento da vítima é, frequentemente, a única evidência do abuso.

O número de participantes da presente investigação não foi o ideal. Seria relevante alargar a recolha de dados a outras entidades e a outras zonas do país. Do mesmo modo, seria enriquecedor englobar mais variáveis para além das que contam neste estudo, como por exemplo, variáveis concernentes ao processo legal. Adicionalmente, apesar da informação analisada, persistem algumas questões. Existe uma carência de estudos longitudinais, que possibilitem a compreensão dos desdobramentos legais ou possíveis consequências a longo prazo, como o desenvolvimento de condutas desviantes, parafilias e revitimizações na vida adulta. Para além disso, será relevante aferir se estas vítimas tendem a tornar-se agressores sexuais, através de investigações junto dos ofensores.

O desenvolvimento de pesquisas sobre o abuso sexual infantil é extremamente relevante dadas as características das vítimas, a sua elevada incidência e impacto. A psicologia tem vindo a contribuir para a compreensão desta problemática. Todavia, verifica-se uma carência de investigações que incidam no contexto nacional e de ações efetivas na condução e prevenção do problema, pois as ações punitivas por si só não o resolvem. É importante investir na deteção de fatores predisponentes, na divulgação de informação e na formação daqueles que estão mais próximos deste público, para que possam detetar possíveis situações, encaminhando-as de forma adequada, dado que as crianças raramente revelarão a situação espontaneamente.

## REFERÊNCIAS

- Aded, N. L., Dalcin, B. L., Moraes, T. M., & Cavalcanti, M. T. (2006). Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 33(4), 204-213.
- Allnock, D., & Barns, R. (2011). Researching sexual abuse: methodological issues. *Child Abuse Review*, 20, 153-157.

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Almeida, T., Penso, M., & Costa, L. (2009). Abuso sexual infantil masculino: o género configura o sofrimento e o destino? *Estilos da Clínica*, 14(26), 46-67.
- American Psychological Association (2011). *Concise Rules of APA Style: The official pocket style guide from the American Psychological Association* (6.<sup>a</sup> Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Claudino, P., Nobre, P., & Pelixo, P. (2012). *Quebrar o Silêncio: A intervenção sociojudiciária no abuso sexual infantil intrafamiliar*. Évora: Administração Regional de Saúde do Algarve.
- Azevedo, M. A., & Guerra, V. N. (2000) *Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez Editora.
- Bebbington, P., Jonas, S., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., Cooper, C., King, M., & McManus, S. (2011). Child sexual abuse reported by an English national sample: characteristics and demography. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 255-262.
- Borges, J. L., & Dell’Aglío, D. D. (2008). Abuso sexual infantil: indicadores de risco e consequências no desenvolvimento de crianças. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(3), 528-536.
- Cardin, V., Mochi, T., & Bannach, R. (2011). Do abuso sexual intrafamiliar: uma violação aos direitos da personalidade da criança e do adolescente. *Revista Jurídica Cesumar – Mestrado*, 11(2), 401-432.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (2012). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens – 2012*. Retirado de [http://www.cnpcjr.pt/Relatorio\\_2012\\_28maio.pdf](http://www.cnpcjr.pt/Relatorio_2012_28maio.pdf)
- Crisma, M., Bascelli, E., Paci, D., & Romito, P. (2004). Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1035-1048.

- Cunningham, A. (2009). A escuta de crianças abusadas sexualmente para compreensão do processo de autorrevelação. In: L. C. A. Williams & E. A. C. Araújo (Orgs.). *Prevenção do Abuso Sexual Infantil: Um enfoque interdisciplinar* (pp. 89-103). Curitiba: Editora Juruá.
- Dias, M. B. (2007). Incesto e o mito da família feliz. In M. B. Dias (Org.), *Incesto e alienação parental: realidades que a justiça insiste em não ver* (pp. 17-49). São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Dobke, V., Santos, S., & Dell’Aglia, D. (2010). Abuso sexual intrafamiliar: da notificação ao depoimento no contexto processual-penal. *Temas em Psicologia*, 18(1), 167-176.
- Fazenda, I. M. (2010). *Representações sociais em torno do abuso sexual de crianças numa amostra de médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários* (Dissertação de Mestrado). Disponível no repositório Universia. (55555412)
- Fife-Schaw, C. (2006). Levels of Measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds), *Research Methods in Psychology* (3.<sup>a</sup> Ed.). London: Sage.
- Froner, J., & Ramires, V. (2008). Escuta de crianças vítimas de abuso sexual no âmbito jurídico: uma revisão crítica de literatura. *Paidéia*, 18(40), 267-278.
- Furniss, T. (1993). *Abuso Sexual da Criança: Uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas Editores.
- Habigzang, L., Corte, F., Hatzenberger, R., Stroehrer, F., & Koller, S. (2008). Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 338-344.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., & Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspetos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348.
- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., & Ramos, M. S. (2008). Entrevista clínica com crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Estudos de Psicologia*, 13(3), 285-292.
- Inoue, S. R., & Ristum, M. (2008). Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia*, 25, 11-21.

- Kristensen, E., & Lau, M. (2011). Sexual function in women with a history of intrafamilial childhood sexual abuse. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(3), 229-241.
- Lowenstein, L. (2011). The complexity of Investigating possible sexual abuse of a child. *The American Journal of Family Therapy*, 39, 292-298.
- Lucânia, E., Valério, N., Barison, S., & Miyazaki, M. C. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em violência sexual: estudo de caso. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 817-826.
- Machado, C. (2002). Abuso sexual de crianças. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Eds.), *Violência e Vítimas de Crimes. Vol. 2 – Crianças* (pp. 39-93). Coimbra: Quarteto Editora.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Martins, C., & Jorge, M. (2010). Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto e Contexto Enfermagem*, 19(2), 246-255.
- Martins, V. A. (2012). *Prevalência de abuso sexual de crianças numa amostra portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Disponível no Repositório do ISPA. (15118)
- Mateus, M. I. (2012). *Prevalência de abuso sexual em crianças portuguesas* (Dissertação de Mestrado). Disponível no Repositório do ISPA. (15041)
- Novaes, M. H. (2000). O “maior interesse” da criança e do adolescente face às suas necessidades biopsicossociais: uma questão psicológica. In T. S. Pereira (Coord.). *O melhor interesse da criança: um debate interdisciplinar* (pp. 527-539). Rio de Janeiro: Renovar.
- Santos, S. S., & Dell’Aglío, D. D. (2008). Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 595-606.
- Santos, S. S., & Dell’Aglío, D. D. (2009). Revelação do abuso sexual infantil: reacções maternas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 85-92.

- Santos, V., Costa, L., & Granjeiro, I. (2009). Intervenção no abuso sexual intrafamiliar: ingerência invasiva ou proteção devida?. *Psico*, 40(4), 516-524.
- Stanley, N. (2011). Engaging with child sexual abuse. *Child Abuse Review*, 20, 77-81.
- Talbot, N. L., Chapman, B., Conwell, Y., MacCollumn, K., Franus, N., Cotescu, S., & Duberstein, P. R. (2009). Childhood sexual abuse is associated with psysical illness burden and functioning in psychiatric patients 50 years of age and older. *Psychosomatic Medicine*, 71, 417-422.
- Walker, M., Hernandez, A., & Davey, M. (2012). Childhood sexual abuse and adult sexual identity formation: intersection of gender, race, and sexual orientation. *The American Journal of Family Therapy*, 40, 385-398.